

# **BL\_GERICHTE 720 16 231/280 vom 27. Oktober 2016**

BL Gerichte, 2016-10-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_16\\_231\\_280](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_16_231_280)

FR: BL\_GERICHTE 720 16 231/280 du 27 octobre 2016

IT: BL\_GERICHTE 720 16 231/280 del 27 ottobre 2016

## **Regeste**

Invalidenversicherung Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht abgelehnt; die von der IV-Stelle vorgenommenen medizinischen Abklärungen sind beweistauglich; Wahl der Bemessungsmethode kann offengelassen werden.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 13. Juli 2016 ist demnach einzutreten. 2.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im Bereich der Invalidenversicherung Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens der Erwerbsunfähigkeit sind nach dem mit der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2). 2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit

bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b).

2.4 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG).

2.5 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit bzw. der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung). Ist bei diesen Versicherten anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961).

2.6 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt –, ergibt sich nach konstanter Rechtsprechung des Bundesgerichts aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 133 V 508 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen). Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 150 E. 2c, 117 V 194 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2011, 9C\_741/2011, E. 2.1; je mit Hinweisen).

### **E. 3**

Ausgangspunkt bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig bzw. im Aufgabenbereich eingeschränkt ist.

#### **E. 3.1**

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche

Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

### **E. 3.2**

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

### **E. 3.3**

Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C\_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 3.4**

In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer

Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.1 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 299 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 298 E. 4c in fine).

4.2.1 Zu beachten ist sodann, dass das Bundesgericht im Leiturteil BGE 141 V 281 ff. seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 140 V 13 f. E. 2.2.1.3) revidiert hat. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann danach weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Auch künftig wird der Rentenanspruch – in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) – anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht eine medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes trägt das Bundesgericht der seit längerem namentlich aus medizinischer, aber auch aus juristischer Sicht an der bisherigen Schmerzrechtsprechung geäusserten Kritik Rechnung und hält an der Überwindbarkeitsvermutung nicht weiter fest. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C\_899/2014, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

4.2.2 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den genannten Gesundheitsschäden beachtlichen Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert: Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel "Gesundheitsschädigung". Darunter sind die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und die

Komorbiditäten zu würdigen. Im zweiten, die "Persönlichkeit" betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstruktur gefragt, und es sind die persönlichen Ressourcen des Versicherten zu eruieren. Im dritten Indikatoren-Komplex schliesslich ist unter dem Titel "Sozialer Kontext" eine Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds vorzunehmen. Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die "Konsistenz" zu prüfen. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien wie die Indikatoren einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und eines behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 296 ff. E. 4).

4.2.3 Zwar hatten die Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahin gehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und – in der Folge – Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und damit vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität nur begründen, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 308 E. 6).

5.1 Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und insbesondere der Arbeitsfähigkeit der Versicherten gab die Beschwerdegegnerin am 22. August 2013 zunächst ein rheumatologisches Gutachten in Auftrag, welches Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, am 20. Januar 2014 erstattete. Darin diagnostizierte er mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der linken oberen Extremität bei Status nach Ringbandsplaltung A1 Dig. I, II, V bei Tendovaginitis stenosans I, II, V links am 8. November 2011 und bei einem residuell leichten sensiblen Carpaltunnelsyndrom (CTS) links bei Status nach Carpalkanalsplaltung am 31. März 2011 sowie ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der rechten Hand bei Status nach Dekompression des Nervus medianus rechts bei CTS rechts am 10. September 2012. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Fibromyalgie festzustellen. Die Explorandin gebe an, seit etwa 15 Jahren an einem Schmerzsyndrom im Nacken mit Ausstrahlung in den linken Arm zu leiden. Es seien mehrere Operationen durchgeführt worden, wodurch sich die Schmerzsituation in der linken Extremität jeweils verschlechtert habe. Durch die Entlastung der linken Hand habe sie die rechte Hand vermehrt eingesetzt, weshalb auch hier eine Operation notwendig geworden sei. Auch hier hätten sich die Schmerzen postoperativ nicht verbessert. Aktuell schildere die Explorandin Schmerzen im gesamten linken Arm und in der linken Hand mit einer Schmerzintensität von VAS 8. In der rechten Hand betrage die Schmerzintensität VAS 7, am rechten Arm VAS 5 bis 6. Am stärksten seien die Schmerzen im Bereich des Schulter-Nacken-Gürtels mit einer Intensität von VAS 9. Die Explorandin

könne sich aufgrund der Schmerzen aktuell keine Erwerbstätigkeit vorstellen. Die rheumatologische Untersuchung ergebe eine seitengleiche Kraft der oberen Extremitäten; es fänden sich auch keine Atrophien. Sämtliche Fibromyalgie-Druckpunkte seien positiv, der Kontrollpunkt an der Stirn sei negativ. Die durchgeführten Röntgenuntersuchungen zeigten keinerlei Hinweise auf entzündliche oder degenerative Handpathologien. Der rheumatologische Befund könne die aktuell geklagten Beschwerden in keiner Art und Weise erklären. Die angegebene Schmerzintensität könne nicht auf einer organischen Basis gesehen und folglich kaum nachvollzogen werden. Ebenfalls fänden sich Diskrepanzen zwischen den Angaben der Explorandin und dem an der Untersuchung gezeigten Verhalten. Die Explorandin zeige eine massive Selbstlimitierung. Zusammengefasst sei von einer chronischen Schmerzsymptomatik einerseits im Sinne eines weichteilrheumatischen Ganzkörperschmerzsyndroms, andererseits im Sinne einer Brachialgie beidseits, linksbetont, unter Einbezug der Hände beidseits, linksbetont, auszugehen. In der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe, welche als manuell erheblich belastend anzusehen sei, sei die Explorandin aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs im Umfang von 50% eingeschränkt. Für eine leichte bis gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeit bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Diese Arbeitsfähigkeit gelte spätestens drei Monate nach der dritten und letzten Operation am 10. September 2012, somit ab Mitte Dezember 2012.

5.2 Im Rahmen eines ersten Vorbescheidverfahrens holte die Beschwerdegegnerin ferner ein psychiatrisches Gutachten bei PD Dr. C.\_\_\_\_ ein. In diesem Gutachten vom 24. Oktober 2014 führt PD Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass bei der Explorandin ohne Zweifel eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F.45.4) vorliege, welche indessen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Kooperationsbereitschaft während der Untersuchung sei insgesamt ordentlich gewesen. Die Grundstimmung der Explorandin habe während der Untersuchung mehrmals fluktuiert, sei über weite Strecken jedoch euthym gewesen. Hinweise auf eine Subdepressivität oder eine Dysphorie seien nicht erkennbar gewesen. Es habe sich auch keine Affektverarmung, Affektverflachung oder gar Affektstarre gezeigt. Aufgrund der rheumatologisch nicht nachvollziehbaren Symptomausweitung, der Einengung des formalen Denkens auf das Schmerzerleben sowie der nicht übersehbaren Verdeutlichungstendenz und deutlichen Selbstlimitierung bestehe zweifellos eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Zu bejahen sei eine gewisse affektive Mitbeteiligung sowie verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren. Hingegen lägen keinerlei Hinweise für eine eigentliche Aggravation oder Begehrlichkeit vor und damit mit hoher Wahrscheinlichkeit auch kein bewusstseinsnaher Mechanismus, der den Schmerzen zugrunde liege. Zur affektiven Mitbeteiligung sei festzuhalten, dass zwischen den subjektiven Angaben der Explorandin, die zunächst eine depressive Störung suggerierten, und den objektiven Untersuchungsbefunden eine nicht unerhebliche Diskrepanz bestünde. Aus den im Verlaufe der Untersuchung gemachten Angaben der Explorandin gehe hervor, dass sie nicht derart pauschal beeinträchtigt sei, wie sie zunächst jeweils mitgeteilt habe. Es müsse von einer deutlichen Selbstlimitierung im Sinne einer ausgeprägten Verdeutlichung ausgegangen werden. Vor diesem Hintergrund sei vorliegend primär auf die objektiven Untersuchungsbefunde abzustellen. Diese würden vereinzelte affektlabile Einbrüche und eine maximal leicht depressiv ausgelenkte Grundstimmung aufzeigen. Eine depressive Störung könne nicht diagnostiziert werden. Die Explorandin habe auch nie in ambulanter psychiatrischer Behandlung gestanden und nehme keine Antidepressiva ein. Andere psychiatrische Diagnosen lägen nicht vor, insbesondere bestünde bei stabilen beruflichen und privaten Beziehungsgestaltungen keine

Persönlichkeitsstörung. Auch anlässlich der aktuellen Untersuchung habe sie keine interaktionellen Schwierigkeiten gezeigt. Das von der Explorandin beschriebene halluzinatorische Phänomen, vor dem Schlafengehen Schritte zu hören, die sie an Soldaten erinnerten, sei nicht Ausprägung einer psychotischen Symptomatik, sondern vielmehr Ausdruck einer gewissen psychosozialen Belastungssituation, wie dies auch in der Fachliteratur erkannt werde. Zu den Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht sei festzustellen, dass die Explorandin sich nicht sozial zurückgezogen habe; vielmehr habe sich ihr sozialer Kreis in der Schweiz stets auf Kontakte innerhalb der Verwandtschaft beschränkt. Da es überdies an einer psychiatrischen Komorbidität fehle und die Explorandin nicht in psychiatrischer Behandlung stehe, seien die Foerster-Kriterien klar nicht genügend erfüllt, so dass ihr aus psychiatrischer Sicht eine vollumfängliche aktive Willensanstrengung zugemutet werden könne, ihre Körperschmerzen zu überwinden.

5.3 Der Psychologe lic. phil. E.\_\_\_\_ führte in seinem Schreiben vom 27. April 2015 aus, dass die Versicherte seit dem 16. Januar 2015 bei ihm in Behandlung sehe. Erstmals habe sie ihn zusammen mit ihrem Bruder aufgesucht, der ihn bereits seit Jahren kenne. Die von der Versicherten beschriebenen Halluzinationen erinnerten ihn inhaltlich stark an diejenigen, die der an Schizophrenie leidende Bruder erlebt habe. Mittlerweile habe er die Patientin fünfmal gesehen. Er sei mit PD Dr. C.\_\_\_\_ einig, dass primär eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Tendenz zur Symptomausweitung vorliege. Im Gegensatz zu PD Dr. C.\_\_\_\_ sehe er aber die Foerster-Kriterien der psychiatrischen Komorbidität und des Verlustes der sozialen Integration als erfüllt an. Er würde zumindest von einer leichten depressiven Störung ausgehen. Der Bruder der Patientin beschreibe ausserdem einen sozialen Rückzug innerhalb der Grossfamilie.

5.4 In seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2015 stellte PD Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass lic. phil. E.\_\_\_\_ grundsätzlich die von ihm gestellten Diagnosen bestätigt habe. Die von Letzterem zusätzlich diagnostizierte leichte depressive Störung stütze sich hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Explorandin, wie sie diese bereits in der gutachterlichen Untersuchung gemacht habe. Einen objektiven Untersuchungsbefund, der diese Diagnose untermauern würde, finde sich auch bei lic. phil. E.\_\_\_\_ nicht. Auch die Angaben zu den übrigen Foerster-Kriterien, namentlich zum sozialen Rückzug, divergierten nicht sonderlich von denjenigen in seinem Gutachten vom 24. Oktober 2014. Er halte somit sowohl an der Beurteilung der Psychodiagnostik als auch der Arbeitsfähigkeit im Gutachten fest. Es sei auch nicht nötig, die Explorandin zu einer Verlaufsbeurteilung aufzubieten.

5.5 Mit Schreiben vom 7. Juni 2016 nahmen Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin eine Zusatzbeurteilung anhand der neuentwickelten bundesgerichtlichen Indikatoren vor.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2016 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Gutachten der Dres. D.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014 respektive 24. Oktober 2014 sowie die Einschätzung der RAD-Ärzte vom 7. Juni 2016 ab. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherten eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 100% zumutbar sei. Wie unter Erwägung 3.3 hiervor ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen vorliegend nicht vor. Die Gutachten der Dres.

D.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ beruhen auf eingehenden Untersuchungen der Versicherten und berücksichtigten auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte. Zudem gehen sie einlässlich auf die Beschwerden ein und vermitteln ein hinreichendes Bild über den Gesundheitszustand der Versicherten. Es wird deutlich, dass die Versicherte nebst einer chronischen Schmerzsymptomatik einerseits im Sinne eines weichteilrheumatischen Ganzkörperschmerzsyndroms, andererseits im Sinne einer Brachialgie beidseits keine weiteren Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufweist. Vor diesem Hintergrund ist auch die fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet. Demnach ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin adaptierte, leichte bis gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten, welche das Anforderungsprofil von Dr. D.\_\_\_\_ berücksichtigen, zu 100% ausüben kann. Insgesamt ist die Beurteilung in den rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen überzeugend. Die Gutachten lassen eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, weshalb die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage darauf grundsätzlich abstellen durfte. 6.2 Daran vermögen auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. In Bezug auf das psychiatrische Gutachten von PD Dr. C.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2014 bringt sie insbesondere vor, dass dieses als veraltet angesehen werden müsste. Seit der Begutachtung habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert und sie habe sich erstmals in psychiatrische Behandlung begeben müssen, weil sie den Alltag ohne ärztliche Hilfe nicht mehr habe bewältigen können. Zwar sind die Gutachten der Dres. D.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ mehr als eineinhalb Jahre vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung ergangen, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin bestehen indessen keine Anhaltspunkte dafür, dass sich ihr Gesundheitszustand zwischenzeitlich in massgeblicher Weise verschlechtert hat. So spricht die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung nicht für sich alleine für das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit. Wie PD Dr. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2015 feststellt, entspricht der vom behandelnden Psychologen im April 2015 erhobene objektive Befund ausserdem im Wesentlichen demjenigen des Gutachtens vom 24. Oktober 2014. Die abweichenden Diagnosen und Einschätzungen des behandelnden Psychologen stützen sich hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. PD Dr. C.\_\_\_\_ hatte aber bereits im Gutachten vom 24. Oktober 2014 ausführlich und überzeugend dargelegt, weshalb nicht primär auf diese Angaben abgestellt werden könne. Von einem zwischenzeitlich veränderten Gesundheitszustand kann nach dem Ausgeführten nicht ausgegangen werden. 6.3 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass das Gutachten von PD Dr. C.\_\_\_\_ noch vor dem am 3. Juni 2015 gefällten Leitentscheid des Bundesgerichts erging und dieser folglich die Zumutbarkeit anhand der Foerster-Kriterien geprüft und keine Indikatorenprüfung im Sinne der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 ff. vorgenommen habe. 6.3.1 Dazu ist zunächst festzuhalten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben

oder nicht (BGE 141 V 309 E. 8). 6.3.2 Vorliegend ist eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren gestützt auf das Gutachten von PD Dr. C.\_\_\_\_ möglich und eine weitere medizinische Abklärung dementsprechend – wie nachfolgend aufgezeigt wird – nicht angezeigt. 6.3.2.1 Vorab kann unter der Kategorie "funktioneller Schweregrad" betreffend den (ersten) Indikatorenkomplex "Gesundheitsschädigung" festgestellt werden, dass PD Dr. C.\_\_\_\_ die Kardinalkriterien der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als erfüllt erachtet. Indessen geht aus dem Gutachten hervor, dass die Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht nicht in ihrer Funktions- oder Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Die Beschwerdeführerin lebt mit ihrem Mann und ihren beiden jüngeren Kindern in einem Haus. Sie steht jeden Morgen gegen sieben Uhr auf und bereite das Frühstück zu. Danach begleitet sie ihre Tochter zur Schule. Wieder zu Hause, trinkt sie einen Kaffee und legt sich nochmals hin. Anschliessend erledigt sie einige Haushaltsarbeiten, wobei ihr Ehemann und der Sohn ihr abends und an den Wochenenden jeweils helfen. Sie bereitet für sich und die jüngeren beiden Kindern jeweils ein Mittagessen zu. Nachmittags begleitet sie die Tochter auf dem Schulweg und holt diese auch wieder ab. Anschliessend macht sie mit ihr die Hausaufgaben. Das Abendessen wird mithilfe ihrer Familienmitglieder zubereitet. Die Beschwerdeführerin gibt an, gern zu lesen und gelegentlich fernzusehen. Sie könne täglich der Körperpflege nachgehen und kleide sich selbstständig an. Sie fährt selbst Auto und reist einmal im Jahr in die Türkei. Die Beschwerdeführerin führt aus, dass sie ausserhalb der Familie keine Kontakte habe, jedoch noch nie ein Mensch gewesen sei, der auf soziale Kontakte grossen Wert lege. Der Alltag der Beschwerdeführerin erscheint aufgrund dieser Schilderungen eventuell eher passiv, aber nicht beeinträchtigt. Hinweise auf Aggravation oder Begehrlichkeit werden von PD Dr. C.\_\_\_\_ explizit verneint, hingegen weist er auf verschiedene Diskrepanzen in den Angaben der Beschwerdeführerin sowie auf eine "nicht übersehbare Verdeutlichungstendenz" und eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die Beschwerdeführerin steht erst seit Januar 2015 in psychotherapeutischer Behandlung, wobei aufgrund des Berichtes des behandelnden Psychologen lic. phil. E.\_\_\_\_ unklar ist, inwiefern eine psychiatrische, insbesondere antidepressive, Medikation eingenommen wird. Berufliche Massnahmen wurden aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung als sinnlos erachtet. Bezüglich der körperlichen Beschwerden scheinen die therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft zu sein (vgl. Gutachten Dr. D.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014, S. 25 sowie Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. G.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2016, S. 6). Betreffend den Indikator der "Komorbidität" ist zunächst darauf hinzuweisen, dass gestützt auf die neue Rechtsprechung des Bundesgericht der psychischen Komorbidität kein Vorrang mehr zukommt (BGE 141 V 300 E. 4.3.1.3). Neu sind auch körperliche Erkrankungen bei der Beurteilung zu berücksichtigen. Vorliegend liegen aus psychiatrischer Sicht keine eigentlichen Diagnosen vor. In somatischer Hinsicht ist die chronische Schmerzsymptomatik einerseits im Sinne eines weichteilrheumatischen Ganzkörperschmerzsyndroms, andererseits im Sinne einer Brachialgie beidseits, linksbetont unter Einbezug der Hände beidseits, linksbetont, zu erwähnen. Insgesamt ist die Komorbidität jedoch nicht als erheblich einzuschätzen. 6.3.2.2 Im zweiten Indikatorenkomplex sind die persönlichen Ressourcen zu prüfen. Aus dem Gutachten von PD Dr. C.\_\_\_\_ geht hervor, dass die kognitiven Ressourcen der Beschwerdeführerin in der Bandbreite der Norm sind. Sie zeigt sowohl privat als auch beruflich stabile Beziehungsgestaltungen; auch in der Untersuchung haben sich keine interaktionelle Schwierigkeiten gezeigt. Bloss im Rahmen vereinzelter affektlabiler Einbrüche hat sich anlässlich der Untersuchung eine leicht depressive Grundstimmung gezeigt, ansonsten war

die Grundstimmung euthym, ohne Affektverarmung, mit guter affektiver Schwingungsfähigkeit. PD Dr. C.\_\_\_\_ erkannte verschiedene objektiven Parameter, die für eine gute innerpsychische Vitalität sprächen. Eine Affektpathologie hat nicht festgestellt werden können. Zwar zeigte die Beschwerdeführerin im formalen Denken eine gewisse Einengung auf ihre körperlichen Schmerzen, ansonsten hat sich aber keine Verlangsamung, Gedankensperrung oder sonstige Unauffälligkeit gezeigt. Im inhaltlichen Denken zeigte sie einen guten Bezug zur Realität und zum Gutachter. Insgesamt scheinen die persönlichen Ressourcen damit nicht eingeschränkt zu sein.

6.3.2.3 Neben den Komplexen "Gesundheitsschädigung" und "Persönlichkeit" bestimmt auch der soziale Kontext mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Hierbei ist eine Abgrenzung der psychosozialen und der soziokulturellen Kriterien vorzunehmen, welche als invaliditätsfremd auch weiterhin unbeachtlich bleiben. In diesem Zusammenhang sind vorliegend allenfalls die fehlenden Kontakte ausserhalb der Familie zu erwähnen. Ausserdem ist aufgrund divergierender Angaben der Beschwerdeführerin nicht vollends deutlich, wie konfliktfrei die Beziehung zum Ehemann ist. Weiter ist aber zu beachten, dass die Beschwerdeführerin innerhalb ihrer Familie und Verwandtschaft gut verankert zu sein scheint. Nach ihren eigenen Angaben hat die Beschwerdeführerin auch nie grossen Wert auf soziale Kontakte ausserhalb dieses Kreises gelegt. Sie lebt in einer Familiengemeinschaft mit dem Ehemann und der jüngeren Kindern. Der Kontakt zum ältesten Sohn scheint gut zu sein und sie hat regelmässigen Kontakt zu ihren Geschwistern.

6.3.2.4 Nachdem der "funktionelle Schweregrad" anhand der Indikatoren geprüft worden ist, ist als nächster Schritt eine Konsistenzprüfung unter Berücksichtigung der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und dem behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck vorgenommen. Die Beschwerdeführerin nimmt Schmerzmittel sowie ein Psychopharmaka zum Schlafen ein. Ausserdem steht sie in psychotherapeutischer Behandlung. Andere therapeutische Hilfe nimmt sie nicht in Anspruch. Eine Einschränkung der Beschwerdeführerin in ihrem Alltag ist letztlich nicht ersichtlich. Aufgrund der Indikatoren ist daher insgesamt eine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht plausibel. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin über erhebliche Ressourcen verfügt, welche auch im Erwerbsbereich verwertbar erscheinen. Das Gutachten vom 24. Oktober 2014 gibt genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss neuer Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Damit ist aber auch die Zumutbarkeitsbeurteilung im Gutachten von PD Dr. C.\_\_\_\_ nachvollziehbar, der die Beschwerdeführerin in einer körperlich angepassten Tätigkeit als 100% arbeitsfähig erachtete. Nach dem Ausgeführten kann vollumfänglich auf die Ausführungen von PD Dr. C.\_\_\_\_ abgestellt werden.

6.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid zu Recht auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. D.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ abstellte und davon ausging, dass der Beschwerdegegnerin eine Verweistätigkeit zu 100% zumutbar ist. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin, wonach weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen seien, nicht stattzugeben. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der

Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

7.1 In Bezug auf die Einschätzung der Invalidität kritisiert die Beschwerdeführerin ferner die Wahl der Bemessungsmethode. Sie bringt vor, dass sie aus finanziellen Gründen im Gesundheitsfall in einem Vollzeitpensum tätig wäre und die gemischte Methode somit nicht zur Anwendung zu gelangen habe. Für den Fall, dass die Invalidität trotzdem unter Berücksichtigung der Einschränkungen im Aufgabenbereich zu bestimmen sei, sei festzustellen, dass der von der Beschwerdegegnerin eingeholte Abklärungsbericht zum Haushalt nicht beweistauglich sei. Insbesondere gehe der Abklärungsdienst faktisch davon aus, dass der Ehemann und die Kinder die gesamte Haushaltsführung übernehmen, was die Grenzen der familiären Unterstützungspflicht überschreite.

7.2 Wie in Erwägung 2.6 hiervor ausgeführt, richtet sich die Frage, ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig einzustufen ist, danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Die Argumente der Beschwerdeführerin für eine vollschichtige Erwerbstätigkeit sind nicht vollends unbegründet. Die Frage nach der vorliegend anzuwendenden Bemessungsmethode kann indessen vorliegend offen gelassen werden. Aufgrund der beweiskräftigen Aussagen der begutachtenden Fachärzte zur Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 6 hiervor) und dem von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen – und von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandeten – Einkommensvergleich ist nämlich auch bei der Anwendung der allgemeinen Methode von einem Invaliditätsgrad von 20.88% auszugehen. Selbst bei Anwendung der für die Beschwerdeführerin günstigeren Methode resultiert folglich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Damit kann auch die Frage nach der Beweistauglichkeit des Abklärungsberichtes und der Anwendbarkeit der gemischten Methode unter Berücksichtigung des Urteils Nr. 7186/09 des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 2. Februar 2016 in Sachen Di Trizio c. Schweiz offengelassen werden.

## **E. 8**

Nach dem Ausgeführten ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 13. Juni 2016 erweist sich als korrekt und die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

## **E. 9**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten, die praxisgemäss auf Fr. 800.– festgesetzt werden, ihr zu auferlegen sind. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wettzuschlagen. Demgemäss wird erkannt: *://*: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.– werden der

Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.– verrechnet. 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.